

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25574>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Psychosociale gevolgen van het CVA

'Dat wat vaak "de onzichtbare gevolgen van hersenletsel" wordt genoemd, blijkt niet zozeer met onzichtbaarheid te maken te hebben als wel met het feit dat er te weinig oog voor is. Zowel de patiënt die een CVA krijgt als zijn familie en de behandelaars zijn vooral gericht op het herstel van motorische vaardigheden, terwijl op langere termijn de last van de cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen steeds meer begint te drukken.' De conclusie uit een ander artikel over dezelfde problematiek. Een problematiek die nog onvoldoende in kaart gebracht is.

Een CVA is een catastrofe die van de ene dag op de andere in iemands leven ingrijpt en die leidt tot allerlei veranderingen, die in eerste instantie vooral op het fysieke vlak liggen. De psychologische problemen die op kunnen treden (angsten, vereenzaming, relatieproblemen, cognitieve stoornissen, gedragsveranderingen, persoonlijkheidsveranderingen), staan kort na het CVA nog niet zo op de voorgrond. Pas wanneer de patiënt thuiskomt, worden de gezinsleden in toenemende mate geconfronteerd met deze gevolgen van het CVA, die het leven van de patiënt en zijn partner ernstig kunnen ontwrichten.

Het is wel te beseffen dat naast fysieke veranderingen zal een CVA bijna altijd ook zal leiden tot een groot aantal cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen (zie kader 1). Deze zijn niet alleen dramatisch voor de patiënt, maar ook voor de omgeving. Voor de psychologische gevolgen van het CVA en hun invloed op de kwaliteit van leven is relatief weinig belangstelling geweest. De laatste jaren neemt de belangstelling hiervoor echter toe. Het blijkt dat de mate waarin cognitieve functies zijn gestoord niet alleen sterk bepalend is voor hoe men met de gevolgen van het CVA omgaat, maar ook de effectiviteit van revalidatiebehandelingen beïnvloedt. De systematische toepassing van deze kennis in de behandeling van hersenletselpatiënten is echter nog beperkt en in Nederland is de cognitieve revalidatie, in vergelijking met andere Westerse landen, nog maar mager van de grond gekomen.

In het wetenschappelijk onderzoek richt men zich vaak op specifieke cognitieve stoornissen, zoals afasie of apraxie, die gezien worden als gevolg van ontregelingen in specifieke neurale modules. Het is echter van belang, meer dan nu het

J.B.H. HOCHSTENBACH¹

geval is, de onderlinge samenhang van verschijnselen te onderzoeken en te beschrijven in syndroomclusters. Cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen zijn in de praktijk moeilijk van elkaar te scheiden en er is bovendien sprake van een sterke wederzijdse beïnvloeding.

COGNITIEVE FUNCTIES

Uit eigen onderzoek dat in uitgebreide vorm elders zal worden gerapporteerd en waarbij een grote groep CVA-patiënten (N=229) zo spoedig mogelijk na opname werd onderzocht, bleek mentale traagheid het meest voorkomende probleem te zijn (80-90 procent). Minstens de helft van de patiënten had ook problemen op het gebied van aandacht, geheugen, visuospatieële en constructieve taken, taalvaardigheid en rekenen. De gegevens laten zien dat een CVA een ingrijpend effect heeft op vele cognitieve processen.

Het algemene beeld uit dit onderzoek was dat een CVA

KADER 1

Cognitieve en emotionele/gedragsmatige gevolgen van een CVA

Cognitief

- aandachts- en concentratiestoornissen;
- geheugenstoornissen;
- waarnemingsstoornissen (zoals 'neglect' (prikkel aan de linkerzijde niet bewust waarnemen), hemianopsie, agnosie, problemen met 'scanning' (het aandachtig opnemen en het ruimtelijk waarnemen), vooral na letsel aan de rechter hemisfeer);
- planningstoornissen (bij het formuleren van doelen, het bedenken hoe deze te realiseren en bij het effectief uitvoeren ervan; wordt door de omgeving vaak gezien als desinteresse of luiheid);
- communicatiestoornissen (fatische en non-fatische).

Emotioneel/gedragsmatig

- verstoorde sociale perceptie en sociaal bewustzijn (bijvoorbeeld ontstaan van kinderlijke egocentriciteit, moeite met het interpreteren van sociale signalen);
- verstoorde controle, zoals impulsiviteit (met geld, voedsel of sex), woede-uitbarstingen, ontremming (dwanghuilen/lachen), ongeduld, inflexibiliteit;
- niet in staat zijn te leren van ervaringen;
- depressie, angsten, achterdocht;
- afgevlakt of beperkt affect;
- afhankelijkheid.

J.B.H. Hochstenbach, Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde, 1996, nr. 1.

leidt tot een algemene achteruitgang in het cognitieve functioneren. De resultaten ondersteunen ook de opvatting dat cognitieve functies gezien moeten worden als het resultaat van een complexe en dynamische interactie tussen vele hersenstructuren, waarbij deze structuren ieder hun eigen specifieke bijdrage leveren aan het geheel. Dit is van belang bij het ontwikkelen van nieuwe revalidatieprocedures, waarbij wordt uitgegaan van het dynamische en geïntegreerde karakter van cognitieve processen, in plaats van een strikt modulaire visie.

SUBJECTIEVE KLACHTEN

Negen maanden na hun CVA werden de thuiswonende patiënten en een naaste uitgenodigd voor een controle. Hierbij werd bij beiden – afzonderlijk van elkaar – een klachteninventarisatie gedaan naar mogelijke cognitieve, emotionele, gedragsmatige en somatische gevolgen van het CVA. Ook hier waren de geheugen- en aandachtsstoornissen het meest in het oog springend. Daarnaast kwamen er ook meer praktische problemen voor zoals moeite met lezen en schrijven. Deze werden zowel door de patiënt als diens naaste gemeld. Ook over de emotionele en gedragsveranderingen waren patiënt en naaste het eens. De top 5 van gemelde klachten bestaat uit: initiatiefverlies, prikkelbaarheid, depressieve stemming, angstiger worden, onverschilligheid – in deze volgorde. De vijf door beiden meest genoemde lichamelijke klachten zijn: de hemiparese, moeheid, meer slaap nodig, duizeligheid en overgevoeligheid voor licht. Al met al is er sprake van een ernstige problematiek. Aangezien deze groep patiënten thuiswonend zijn, is de veronderstelling gerechtvaardigd dat voor de totale

groep CVA-patiënten (dus ook de in het verpleeghuis opgenomen mensen) de aard en de ernst van de problemen groter is.

LATE GEVOLGEN

In een ander onderzoek werd het functioneren van CVA-patiënten op de lange termijn nagegaan. 165 thuiswonende CVA-patiënten van 20-74 jaar die niet langer dan vijf jaar geleden hun CVA hadden gehad en hun naaste vulden vragenlijsten in.

Ook hier gaven patiënten en naasten een gelijklopend oordeel over het dysfunctioneren van de patiënt. Wanneer de scores op de vragenlijsten (SIP) van CVA-patiënten worden vergeleken met de scores van patiënten met andere ernstige ziekten, zoals een niertransplantatie, een myocardinfarct met hartstilstand of terminale nierinsufficiëntie, wordt duidelijk dat er weinig aandoeningen zijn die hoger scoren dan een CVA. Alleen sommige chronische pijnpatiënten scoorden hoger.

Op de lange termijn bleken de belangrijkste probleemcategorieën bij CVA-patiënten: huishouden, recreatie, alertheid, intellectueel functioneren en lopen. Een verschil tussen mannen en vrouwen of tussen verschillende leeftijdscategorieën werd niet gevonden. Een ander belangrijk gegeven uit dit onderzoek is dat er geen verschillen in klachten waren, of iemand nu één, twee of vijf jaar geleden een CVA had gehad. De klachten van CVA-patiënten zijn dus niet alleen ernstig maar ook chronisch. (Hochstenbach e.a., 1996)

Ook bleek het fysieke dysfunctioneren niet samen te hangen met het psychosociale dysfunctioneren, met andere woorden het psychosociaal dysfunctioneren wordt niet bepaald door de ernst van het lichamelijke dysfunctioneren. Dit wil dus zeggen dat iemand met relatief weinig fysieke klachten in psychosociaal opzicht toch aanzienlijke problemen kan hebben.

DE PRAKTIJK

Voor het contact met een CVA-patiënt is het van belang als men zich bewust is van de met een CVA samenhangende problemen. Bij bijna alle CVA-patiënten treden cognitieve en emotionele stoornissen op. De meest voorkomende cognitieve stoornissen zijn geheugen- en aandachtsproblemen, alsmede een algehele vertraging in het denken en handelen. Door de vertraagde snelheid van informatieverwerking en de verminderde capaciteit is de hoeveelheid informatie die binnen een bepaald tijdsbestek verwerkt kan worden, sterk beperkt in vergelijking met de periode vóór het CVA. Hierdoor is het voor de meeste CVA-patiënten moeilijk twee dingen tegelijk te doen. Ook raken ze snel de draad kwijt wanneer er een onderbreking plaatsvindt tijdens een

KADER 3

Praktische informatie:

- Voorlichtingsfolders die van nut kunnen zijn: 'Een beroerte, en dan?' van de Nederlandse Hartstichting; 'Afasie, hoe verder?' van de Afasie Vereniging Nederland en de informatiefolder van de patiëntenvereniging 'Samen verder'.
- De Nederlandse Hartstichting heeft een rapport uitgebracht 'Zorg na een beroerte', over de gevolgen van een beroerte en de daarmee samenhangende zorg: bevindingen, knelpunten en aanbevelingen. Hierin staat de meest recente informatie over alles wat met een CVA te maken heeft.

Adressen:

Landelijke Vereniging Samen Verder

p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten
Postbus 123, 3980 CC Bunnik

Nederlandse Hartstichting

Postbus 300, 2501 CH Den Haag
Gratis informatielijn: 06-0650

Afasie Vereniging Nederland

Postbus 142, 1230 AC Loosdrecht

J.B.H. Hochstenbach, Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde, 1996, nr. 1.

aan de rechter hemisfeer regelmatig voor (zie kader 2). Dit betekent dus dat men in het contact met de CVA-patiënt extra zorgvuldig moet zijn, alles goed en langzaam in korte duidelijke zinnen moet uitleggen en soms moet zorgen dat een tweede persoon aanwezig is bij gesprekken.

Wanneer dergelijke patiënten gevraagd wordt hoe het gaat, zullen ze in veel gevallen antwoorden dat het goed gaat en waarschijnlijk zullen ze slechts over hun lichamelijke klachten praten. Hier moet men voorzichtig zijn. Deze patiënten hebben namelijk vaak een beperkt ziekte-inzicht, hetgeen kan leiden tot zelfoverschatting. Ook kunnen zij gedurende korte tijd een adequaat beeld laten zien, zodat het lijkt of er niets aan de hand is. Worden ze aangespro-

KADER 2

Mogelijke stoornissen in de taalprocessen bij CVA-patiënten met letsel aan de rechter hemisfeer:

- Breedsprakigheid, waarbij het voor de patiënt moeilijk is om hoofd- en bijzaken te scheiden.
- Moeite met het begrijpen van abstracte en figuurlijke taal (een uitspraak als 'met het hoofd in de wolken lopen' kan dan letterlijk worden opgevat).
- Moeite met het integreren van informatie op een adequate wijze, zoals problemen met het gebruik maken van aanwijzingen uit de context en het correct beoordelen van gebeurtenissen en feiten.
- Moeite met het gebruiken en interpreteren van de non-verbale aspecten van taal, zoals gelaatsuitdrukkingen, intonatie en gebaren.

J.B.H. Hochstenbach, Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde, 1996, nr. 1.

heel goed aangeven of iets wel of niet klopt. Zij begrijpen echter vaak niet hoe het komt dat de patiënt op deze manier handelt. Deze verschijnselen en de relatie met het CVA moet hen uitgelegd worden. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor de naasten van de CVA-patiënten. Het CVA is niet alleen een ernstige gezondheidsverstoring in het leven van van de patiënt, maar beïnvloedt ook het leven van degenen rondom de patiënt. Voor de partners betekent het een toename van de draaglast, terwijl de draagkracht afneemt. In de praktijk houdt dit in dat het aantal zorgtaken toeneemt, terwijl de (huwelijks)relatie beperkter wordt en men minder tijd heeft voor vrijetijdsbesteding. Enkele jaren na het CVA gaat het met de partner vaak slechter dan met de patiënt. Alle reden dus om hen vanaf het begin alle mogelijke ondersteuning te bieden. Dit artikel is gebaseerd op een nog lopend onderzoeksprogramma dat mogelijk gemaakt is door het Preventiefonds

NOOT

¹ Jacqueline Hochstenbach is (neuro)psycholoog en werkzaam bij de afdeling Research en Ontwikkeling van de Sint Maartenskliniek te Nijmegen en het Neurologisch Instituut van de Katholieke Universiteit Nijmegen

Literatuur

Hochstenbach, J.B.H. De lange-termijngevolgen van een CVA: enkele aandachtspunten voor de huisarts. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 1996, nr. 1, p. 20-23.
Hochstenbach, J.B.H. e.a. Long-term outcome after stroke: a disability-orientated approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1996, 19, p. 189-200.
Hochstenbach, J.B.H. e.a. Veel chronische problemen bij CVA-patiënten thuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1996, nr. 22, p. 1182-1186.

Hochstenbach, Jacqueline, e.a. A general overview of the neuropsychological consequences following stroke. Submitted.

Hochstenbach, Jacqueline, e.a. De neuropsychologie van het CVA: veranderingen in cognitie, emotie en gedrag. Submitted.



Foto: Nico Boink

gesprek of activiteit.

Bijna iedereen weet dat bij een patiënt met letsel aan de linker hemisfeer taalstoornissen (afasie) kunnen optreden. Van een patiënt met letsel aan de rechter hemisfeer is dit veel minder bekend. Hij lijkt dikwijls adequaat te reageren.

De verbale vermogens lijken op het eerste gezicht dan ook ongestoord. Dit is echter een gevaarlijke valkuil: begrips- stoornissen komen namelijk ook bij patiënten met letsel

ken op iets dat niet klopt, dan zijn ze heel goed in staat een smoes te verzinnen om de gemaakte fouten verbaal 'weg te regelen'. Of ze worden boos. Deze mechanismen kunnen ertoe leiden dat de partner met zijn klachten over het functioneren van de patiënt door anderen niet serieus wordt genomen.

Het is echter wel degelijk van belang op deze klachten in te gaan. De meest naasten van de patiënt kunnen immers